



Técnicas de anticoncepción permanente en la mujer

A.-G. Pourcelot, H. Fernandez

La anticoncepción permanente (término que ha sustituido al de esterilización) es el método anticonceptivo más utilizado a escala mundial. Por ejemplo en Francia, está autorizado con fines anticonceptivos desde 2001. Diversas técnicas se encuentran disponibles, pero la Haute Autorité de Santé francesa recomienda desde 2007 la vía histeroscópica como la primera elección para la anticoncepción permanente en la mujer, que se ha convertido en el método de referencia. Tiene la ventaja de poder realizarse sin anestesia. Si existe contraindicación o si este método fracasa, se recomienda la vía laparoscópica con aplicación de clips. Cualquiera que sea la técnica utilizada, este procedimiento quirúrgico se rige, en Francia, por la ley de 2001 que obliga, sobre todo, a un plazo de reflexión de 4 meses entre la primera consulta y la intervención. Considerando conjuntamente todos los métodos, la proporción de fracasos es baja: se estima en un 2% a los 10 años. En este artículo, se tratan las diferentes técnicas quirúrgicas de anticoncepción permanente en la mujer y se evalúa la relación riesgo/beneficio de cada una de ellas.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Esterilización; Anticoncepción permanente; Dispositivos intratubáricos; Essure; Histeroscopia; Laparoscopia

Plan

■ Introducción	1
■ Técnicas	1
Vías de abordaje	1
Técnicas quirúrgicas	2
■ Comparación entre las diferentes técnicas	5
Complicaciones	5
Fracasos y factores de riesgo de embarazo extrauterino (EEU)	5
Reversibilidad	5
■ Estrategia terapéutica	6
■ Aspectos económicos	6
Situación de la anticoncepción definitiva en Francia en 2015	6

el consentimiento libre e informado, tras haber recibido una información completa por parte de un médico, sobre todo acerca del carácter definitivo del procedimiento. Los pacientes deben dar su consentimiento por escrito tras un período de reflexión de 4 meses (cf folletos «Esterilización con orientación anticonceptiva» del Ministère de la Santé, www.sante.gouv.fr). El procedimiento debe realizarse en un centro sanitario.

En la mujer, las técnicas de anticoncepción permanente son numerosas y, con el tiempo, se han simplificado. La vía laparoscópica se consideraba anteriormente como el *gold standard*, pero la aparición de la técnica histeroscópica con el sistema Essure ha modificado en gran medida las prácticas. Desde octubre de 2007, en Francia, la Haute Autorité de Santé (HAS) estipula que debe proponerse como primera elección. Sin embargo, la elección de la técnica utilizada es importante: de ello dependen las tasas de complicaciones operatorias y de fracaso.

■ Introducción

La anticoncepción permanente es el primer método anticonceptivo usado en todo el mundo (más del 20% de las parejas). En Francia, el 5% de las parejas en edad fértil lo utiliza, y 43.000 mujeres se someten a él cada año (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, 2012), cifra en constante aumento desde la década de 2000.

En Francia, la ley permite la anticoncepción permanente desde 2001. Se aplica a todo adulto que exprese

■ Técnicas

Vías de abordaje

Laparotomía

La primera esterilización tubárica realizada mediante laparotomía se describió en 1880. Esta técnica ha sido sustituida por la laparoscopia. Puede continuar estando indicada al finalizar otra intervención quirúrgica. Sin embargo, en opinión de estos autores, no debería

utilizarse en el momento inmediatamente posterior a una cesárea, sobre todo cuando se practica en un contexto de riesgo de muerte neonatal, ya que, si existen complicaciones neonatales, el riesgo de culpabilización por el procedimiento de anticoncepción permanente parece alto.

Minilaparotomía

Este tipo de incisión es interesante, ya que puede realizarse bajo anestesia local con o sin sedación, en estructuras en las que la anestesia general (o locorregional) y la laparoscopia son difícilmente accesibles. Sigue siendo el método más utilizado en los países en vías de desarrollo.

Debe tenerse en cuenta que, hasta la fecha, ningún estudio ha comparado el abordaje por minilaparotomía con la laparoscopia de forma sistemática.

Laparoscopia

Palmer describió en 1962 la primera esterilización tubárica mediante laparoscopia. Rápidamente se convirtió en la técnica de referencia, hasta la aparición del método histeroscópico. Requiere una columna de endoscopia y el equipo de vídeo es necesario, dos trocares y anestesia general. Hay que tener en cuenta que en los países en vías de desarrollo a menudo se realiza bajo anestesia local con un trocar único en la región suprapúbica.

Colpotomía

El acceso a las trompas se realiza a través de la abertura vaginal, al nivel del fondo de saco de Douglas. Se pinzan a continuación las trompas y ligan o se obstruyen con los mismos dispositivos utilizados en la laparoscopia. Antes de la aparición del método histeroscópico, esta técnica podría resultar útil en caso de obesidad. Sin embargo, provoca un mayor número de infecciones postoperatorias.

Culdoscopia

El acceso a los tubos se lleva a cabo mediante la punción del fondo de saco de Douglas, permitiendo la introducción de un trocar tras insuflación. Se pinzan a continuación las trompas con los mismos dispositivos utilizables en laparoscopia.

Histeroscopia

La técnica mediante histeroscopia se desarrolló a principios de la década de 2000. Consiste en implantar dispositivos intratubáricos bajo control visual (sistema Essure) (cf infra).

Sistemas de obturación a ciegas

La esterilización se consigue mediante la introducción en el útero de un agente esclerosante (quinacrina) o adhesivo (metil-2-cianoacrilato). Su utilización se limita a los países en vías de desarrollo y a algunos países de Asia, en los que se ha realizado la mayoría de los estudios. La tasa de fracaso es superior a la de las demás técnicas, cercana al 5%.

Técnicas quirúrgicas

La esterilización tubárica previene el embarazo al ocluir o interrumpir las trompas mediante diversas técnicas disponibles: ligadura, sección, bloqueo mecánico (clips, anillos, etc.) o coagulación. Sólo se detallan en este artículo las técnicas más recientes.

Técnica de Pomeroy

Se describió en 1929 y ha sido durante mucho tiempo la técnica de referencia de la laparotomía. Consiste en crear, mediante tracción, un bucle tubárico a 2 cm del cuerno, practicar una ligadura con hilo reabsorbible en la base del asa y seccionar la porción superior del asa. La utilización

de hilo reabsorbible se justifica por la separación progresiva de los dos extremos de las trompas a medida que el hilo se reabsorbe. Esta técnica es sencilla, no hemorrágica y eficaz (tasa de fracaso del 0,4%)^[1]. La técnica de Pomeroy modificada (Parkland) es similar a la anterior, con la única diferencia de que cada extremo del asa se liga de forma separada con hilo reabsorbible y, a continuación, se secciona la porción de trompa entre ambos segmentos.

Técnica de Uchida

Descrita en Japón en 1960, consiste en la ligadura subserosa de la trompa al nivel medio del istmo (tras la infiltración de suero con adrenalina para alejar los vasos) y la resección de 4 cm de trompa entre las dos ligaduras. El segmento proximal se oculta bajo el mesosalpinge recubierto de serosa, y el segmento distal queda libre en la cavidad peritoneal. No se han constatado fracasos en una serie de más de 1.000 pacientes^[2].

Técnicas eléctricas

La electrocoagulación se ha desarrollado gracias a la aparición de la laparoscopia. Inicialmente monopolar, se realiza con corriente bipolar desde finales de la década de 1960.

Se pinza la trompa a 2 cm del cuerno al nivel del istmo. Se coagula y luego se corta con las tijeras. La sección de la porción coagulada mejora la eficacia de la técnica^[3].

La termocoagulación también es posible, evitando el contacto con los órganos adyacentes. La pinza que se utiliza con mayor frecuencia es la de Wolff, que termocoagula la trompa 8 mm. A continuación, es necesario seccionar la trompa con las tijeras. La principal ventaja de este método es la mayor posibilidad de reversión. Sin embargo, ha sido poco evaluada^[4].

Técnica mecánicas

Se han desarrollado con la laparoscopia con el objetivo de simplificar el procedimiento quirúrgico, reducir los riesgos asociados al uso de la corriente eléctrica y disminuir la longitud de destrucción de las trompas y favorecer así una posible repermabilización.

Se han comercializado diversos sistemas de clip (aplicadores específicos para el tipo de clip). Cabe citar el sistema de Filshie, introducido en Europa a finales de la década de 1970. Se trata de clips de titanio rodeados de una banda de silicona, que crean una oclusión tubárica por presión que persiste a medida que la trompa se atrofia, impidiendo de este modo la recanalización (Fig. 1). La tasa de fracasos es baja, y la reversibilidad, posible^[5].

Por último, hay que citar los anillos; los de Yoon son los más utilizados. Hechos de silicona, se disponen a 3 cm del cuerno uterino, estrangulando el pie del asa tubárica con una pinza. Su colocación requiere un aplicador adecuado. Su eficacia es mayor que la de los clips, con una tasa de fracasos del 1,77%^[6] (Fig. 2).

Estas técnicas mecánicas deben evitarse en caso de trompas edematosas o aumentadas de grosor (aumento del riesgo de hemorragia y de fracaso).

Técnica por vía histeroscópica

Descripción del dispositivo

El sistema Essure consiste en un dispositivo que mide 4 cm formado por tres elementos:

- un dispositivo central formado por espirales inertes de acero inoxidable que permiten la colocación del dispositivo cateterizando el orificio;
- una espiral dinámica de níquel y titanio (nitinol) que permite el anclaje del implante en la trompa;
- fibras de polietileno de tereftalato, que es la sustancia activa. Permite la obstrucción tubárica mediante una reacción de cuerpo extraño que da lugar a una fibrosis y a obstrucción tubárica permanente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777827>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777827>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)